

University of Groningen

De prognose van het carcinoma ventriculi.

Bruin, Theodoor Rudolf de

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1941

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Bruin, T. R. D. (1941). De prognose van het carcinoma ventriculi. Groningen: Koninklijke Van Gorcum.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

HOOFDSTUK XI.

SAMENVATTING EN EINDCONCLUSIES.

Op grond van eigen materiaal en literatuurstudie werd getracht een indruk te krijgen van de belangrijkste factoren, die de prognose van den lijder aan maagcarcinoom kunnen verbeteren. In hoofdzaak moet aan de volgende noodzakelijke voorwaarden worden voldaan:

A. Vroege diagnostiek.

Deze voorwaarde is niet zoo vanzelfsprekend als zij op het eerste gezicht zou kunnen schijnen en vereischt daarom een rechtvaardiging. Immers de algemeene opvatting is, dat kleine carcinomen een slechtere prognose hebben dan die van groot formaat en inderdaad is dit statistisch aantoonbaar uit het materiaal o.a. van ANSCHÜTZ, FINSTERER, BALFOUR, GRAY en ook uit het Groningsche materiaal. Vat men dit letterlijk op dan volgt er een zeer pessimistische instelling voor de toekomst uit. Gebleken is echter, dat er inderdaad kleine carcinomen bestaan, die in korten tijd (3 à 4 mnd.) zóó ernstige klachten veroorzaken, dat de patient er zijn medicus om bezoekt en kort na het eerste begin in de kliniek wordt opgenomen, soms met een noot- of amandelgroot carcinoom en toch reeds metastasen. Deze carcinomen zijn weliswaar klein, doch reeds ver voortgeschreden. Onder een vroeg geval van carcinoom moet men verstaan een geval zonder metastasen en zonder serosa-doorgroei, want uit BALFOUR's groote ervaring en ook uit ons materiaal is duidelijk, dat bij afwezigheid van kliermetastasen het percentage 5-jaars-genezingen 50 % bedraagt d.i. ongeveer twee maal zoo hoog als in de geheele groep en ongeveer vier maal zoo hoog als in de groep met kliermetastasen. Voorts is uit alle groote statistieken gebleken, dat serosa-doorgroei de tweede belangrijke factor is.

De prognose van deze kleine tumoren wordt dus niet bepaald door hun afmeting als zoodanig, doch door het feit, dat zij ondanks hun geringe afmeting reeds uitgebreide metastasen hebben gevormd en eventueel de serosa doorbroken hebben.

Het type carcinoom, dat gediagnostiseerd wordt, als het groot is, en toch nog weinig of geen metastasen heeft gevormd, heeft blijkbaar

de neiging langzaam te groeien en langen tijd lichte klachten of soms in het geheel geen maagklachten te veroorzaken. Er moet een moment zijn, waarop ook deze groote tumoren klein zijn en geheel geen metastasen hebben gevormd.

Zou men zulke tumoren reseceeren, dan zou een zéér gunstige prognose te verwachten zijn.

Een tweede nut van de vroege diagnostiek moet hierin worden gezien, dat de patient bij vroeg carcinoom nog in betere conditie verkeert, zoodat de primaire mortaliteit van de resectie gering wordt.

Een derde factor is, dat vroege carcinomen niet met omgevende structuren vergroeid zijn, zoodat het operatierisico geringer wordt, waardoor de primaire mortaliteit daalt.

Na deze rechtvaardiging zal een overzicht worden gegeven van de maatregelen, die men kan nemen, om tot een vroege diagnostiek te komen. Niet elk beginnend carcinoom wordt met de tegenwoordige diagnostische hulpmiddelen op tijd herkend, zelfs niet bij proeflaparotomie, zelfs is het waarschijnlijk, dat als te eeniger tijd alle maagcarcinoompatienten met kleine tumoren in de kliniek zouden komen, bij de proeflaparotomie ruim 20 % miskend zouden worden.

Men zoekt dan ook naar een betrouwbare serologische reactie en naar het schijnt, mag men van de serologische urinereacties van DE KROMME en DE BRUÏNE GROENEVELDT iets verwachten.

Een bezwaar is de moeilijke uitvoerbaarheid der reactie in niet speciaal geschoolde handen. Een dergelijke reactie zou als routine-maatregel bij alle individuen met vage buikklachten boven 30 jaar en voorts bij lijders aan anaemie, onverklaarbare algemeene malaise en anorexie, voorts bij alle patienten met maagklachten moeten worden uitgevoerd.

Bij den tegenwoordigen stand van zaken is nog het meest te verwachten van:

B. Automatische vroege diagnostiek door bepaalde routinemaatregelen (ten deele mischien prophylaxe).

I. Chirurgische maatregelen.

- a. Resectie van elk ulcus callosum ventriculi, zeker als dit ulcus grooter dan 2.4 cm is diameter is en praepylorisch is gezeteld.
- b. Resectie van elk ulcus aan de groote curvatuur, omdat de ervaring heeft geleerd, dat dergelijke ulcera met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid géén peptische ulcera zijn.

c. Operatieve verwijdering van als goedaardig imponeerende maagtumoren.

II. Medische maatregelen.

Periodiek volledig onderzoek van alle individuen met maagklachten, vage buikklachten, algemeene malaise en anaemieën. Dit is theoretisch wel juist, doch practisch onuitvoerbaar.

III. Sociale en op het onderwijs betrekking hebbende maatregelen.

a. Voorlichten van het publiek.

Dit lijkt bij de tegenwoordig nog dubieuze prognose niet aangewezen.

b. Verplicht periodiek onderzoek van gezonden.

Men mag dit niet eischen, zolang de diagnostiek van het beginnend maagcarcinoom niet sterk verbeterd is.

c. Artsencursussen en onderwijs.

Het zou nuttig zijn student en arts ervan te overtuigen, dat het maagcarcinoom geen enkel typisch beginsymptoom heeft. Voorts moeten de 50 % 5-jaar-genezenen bij afwezigheid van kliermetastasen sterk op den voorgrond worden geplaatst.

In hoofdstuk I is gebleken, dat tegen de aannahme van gastritis als voorlooper van maagcarcinoom weinig steekhoudende argumenten zijn aan te voeren, wel verschillende, die haar zeer waarschijnlijk maken. Hiervan uitgaande, zou een carcinoom-prophylaxe kunnen worden opgebouwd, en wel

C. Prophylaxe.

I. Chirurgische maatregelen.

1. Uitgesproken anatomische en klinische pylorusstenose t.g.v. gastritis dient met resectie en niet met G.E. behandeld te worden.
2. Evenzoo de uitgesproken polypeus-hyperplastische gastritis.
3. De niet-„tumor”-vormende gastritis dient met resectie behandeld te worden, als na minstens 5 jaar interne therapie nog ernstige klachten bestaan.

Toevalligerwijze zijn deze maatregelen wel eens van therapeutischen aard gebleken, zoowel in groep 1, 2 als 3.

II. Medische maatregelen.

De internist zou in staat moeten zijn elke gastritis te genezen. Zoover echter is de therapie nog lang niet.

III. Sociale maatregelen.

Verandering van levensgewoonten met vermijden van rooken, alcoholgebruik en het achterwege laten van het gebruik van verhitte vetten. De betekenis hiervan is niet bewezen en de practische uitvoering der maatregelen zou indruischen tegen de levensgewoonten der meesten.

Iets anders is de verzorging van het tandstelsel en de tonsillen.

- Hoewel ook de betekenis hiervan niet bewezen is, zou het geen kwaad kunnen in deze richting maatregelen te nemen.

D. Therapie.

- a. Bij elk carcinoom proeflaparotomie verrichten, behalve als duidelijk aantoonbare ascites of levermetastasen plus icterus aanwezig zijn. In andere gevallen is vóór de operatie nooit uit te maken, of verwijdering van het gezwel nog mogelijk is.
- b. Op theoretische en practische gronden verwijdere men de geheele kleine curvatuur volgens de techniek van FINSTERER, samen met exstirpatie van de pars libera van het groote net. Hierbij moet opgemerkt worden, dat deze operatie alleen in zeer ervaren handen goede resultaten heeft, wat de mortaliteit betreft. Omdat resectie buiten den buik hierbij onmogelijk is moet de anastomose onder groote technische moeilijkheden worden aangelegd. Deze operatie kan dan ook niet aangeraden worden aan hen, die in de maagchirurgie geringe ervaring hebben.
- c. Frequenter toepassing van de z.g. gecompliceerde resectie en bewust palliatieve resectie door zeer ervaren chirurgen.
- d. Cardiaresectie moet altijd verwerpelijk worden geacht, omdat de primaire mortaliteit practisch 100 % is. Wil men een cardiacarcinoom reseceeren, dan is totale resectie beter dan cardiaresectie en dan moeten in hoofdzaak aan de totale resectie 3 eischen worden gesteld:
 1. Type B-2, antecolisch met Braunsche anastomose.
 2. Circulaire hechting van het jejunum rondom de anastomose aan het diaphragma om de naadspanning tot 0 te reduceeren.
 3. Toevoegen van een jejunostomie.

Voorts is deze ingreep alleen bij betrekkelijk jonge individuen soms gerechtvaardigd, als een scirrheus carcinoom de geheele maag heeft aangetast en nog weinig, in elk geval weg te nemen regionale kliermetastasen heeft gevormd. Is de cardia overschreden en de oesophagus aangetast, dan zie men van resectie af.

Chlooraethyl-aethernarcose is verwerpelijk; beter is locale anaesthesie volgens BRAUN of KAPPIS.

Misschien (Amerikaansche ervaring) kunnen ethyleen of cyclopropan de locale anaesthesie evenaren, mogelijk overtreffen. In gevallen waar de locale anaesthesie mislukt, geve men géén chlooraethyl-aether doch lachgas of cyclopropan.

f. V ó ó r b e h a n d e l i n g.

Wegens den bewezen invloed van HCL op de directe prognose, verdient het aanbeveling vóór een resectie de maag te spoelen met HCL $\frac{1}{4}$ % en een HCL-bevattend recept toe te dienen in gevallen met verlaagde aciditeit of achloorhydrie.

Tenslotte moet opgemerkt worden, dat „gecompliceerde” resectie alleen door den zeer ervaren chirurg mag worden verricht, niet alleen omdat de primaire mortaliteit anders te hoog zou worden, doch ook, omdat hierdoor de maagchirurgie bij internist, huismedicus en publiek in discrediet zou geraken. Beginnende gevallen zouden verre van den chirurg worden gehouden.

Nu volgt nog een kort overzicht over den aard van het uitgangsmateriaal, de behandelingswijze en de prognose van het maagcarcinoom in de Groningsche Chirurgische Kliniek.

Van 1 Januari 1909 tot 1 Januari 1941 werden 991 patienten opgenomen onder de diagnose maagcarcinoom.

Statistische gegevens werden uitsluitend ontleend aan zekere of vrij zekere gevallen van carcinoom (microscopisch onderzoek, exploratie).

Bleek uit de ingewonnen inlichtingen, dat een patient langer dan 3 jaar na een palliatieven ingreep leefde of overleden was, dan werd dit geval geschrapt als carcinoom.

Zoo bleven 865 patienten over; bij 833 van hen werd laparotomie verricht. In totaal werden bij deze 833 patienten 862 operaties verricht en wel 241 maal resectie (waaronder 25 bewust palliatieve resecties), 379 maal G.E., 75 maal laparotomie alleen, 40 maal jejunostomie, 44 maal gastrostomie, 13 maal een atypische operatie.

De operabiliteit bedraagt over de geheele periode 1909—1941 28.9 %, de mortaliteit 32.3 %. In den loop der jaren is naast een sterke daling van de mortaliteit een sterke stijging van de operabiliteit te constateeren, vooral na 1930, hetgeen uit het volgende staatje is af te lezen.

1909 t/m 1915	mortaliteit	38	%	operabiliteit	29	%.
1916 t/m 1920	„	37.5	%	„	20.7	%.
1921 t/m 1925	„	45	%	„	25.8	%.
1926 t/m 1930	„	38.3	%	„	23.9	%.
1931 t/m 1935	„	19.6	%	„	33.3	%.
1936 t/m 1940	„	20	%	„	40.3	%.
1938 t/m 1940	„	20	%	„	43.2	%.

Naast andere factoren moet de daling der mortaliteit worden toegeschreven aan betere voor- en nabehandeling, misschien ook aan betere operatietechniek.

Ter verklaring van de stijgende operabiliteit moet voornamelijk worden aangenomen, dat de patienten vroeger komen dan eertijds. Geen enkele maal werd cardiaresectie of totale resectie met succes verricht.

Door vergelijking van de doodsoorzaken voor en na 1930 t.g.v. maagresectie wegens carcinoom blijkt, dat de pneumoniefrequentie niet, de peritonitisfrequentie duidelijk gedaald is, evenals die van de shock-collaps.

Na radicale resectie vonden wij de volgende cijfers voor den levensduur na doorstane resectie:

3-jaars-„genezing” (1909—1938)	:	40	%.
5-jaars-„genezing” (1909—1936)	:	26.5	%.
en bij afwezige kliermetastasen	:	50	%.
10-jaars-„genezing” (1909—1931)	:	22.5	%.

Voorts werd uitgerekend de „absolute Leistungsfähigkeit”, d.w.z. het percentage 5-jaars-genezingen betrokken op het totale aantal patienten bij wie laparotomie verricht werd in de periode waarin de 5-jaar-genezenen met resectie werden behandeld.

Deze waarde bedraagt voor Groningen 4.2 %.